

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНАЖА

Захарченко Ю.Б.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

## РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 34 больных острым гнойным холангитом, мужчин 9 (26,4%), женщин 25 (73,6%), в возрасте от 43 до 87 лет. При поступлении общее состояние пациентов было средней тяжести - тяжелое. Нарушение проходимости желчных протоков на уровне гепатохоледоха было обусловлено крупными конкрементами не поддающимися эндоскопической холедохолитотракции у 18 (52,9%) пациентов, стриктурами желчных протоков у 8 (24,6%), сочетанием холедохолитиаза со стриктурами у 5 (14,7%), сочетанием холедохолитиаза с парапапиллярным дивертикулом у 3 (8,8%). Диагностическая программа состояла из клинико-лабораторного обследования, ультразвукового сканирования, эндофиброскопического исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, эндоскопической ретроградной холангиографии, холедохоманометрии, бактериологического исследования желчи. Лечебная программа включала стандартную инфузионную терапию острого холангита и механической желтухи, неотложную эндоскопическую папиллосфинктеротомию с последующим назобилиарным дренированием, этапное интрахолангеальное введение комплексного антибактериального лекарственного препарата Левосин. В результате проведенного лечения купированы явления острого обтурационного гнойного холангита у всех больных на протяжении от 4 до 9 суток от начала лечения, что определено клиническим течением и верифицировано данными лабораторных методов исследования. Это позволило выполнить радикальные хирургические вмешательства на желчных протоках с наименьшим возможным риском для больного. Летальных исходов не было.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** холангит, механическая желтуха, назобилиарное дренирование

## ВВЕДЕНИЕ

Острый холангит встречается в большинстве случаев осложненного течения желчекаменной болезни [1, 4, 7]. Крайняя сложность лечения этой патологии определяется невозможностью выполнения радикального удаления очага воспаления, а также огромной площадью поражения, равной нескольким квадратным метрам [1, 4, 6]. Современные взгляды на лечение острого холангита предусматривают сочетание непосредственного воздействия на очаг воспаления и общих терапевтических мероприятий, что соответствует общепринятым канонам лечения гнойных очагов в организме [2, 5, 7]. Такой двоякий подход к лечению острого холангита стал возможен благодаря развитию эндоскопической хирургии, обеспечившей малоинвазивность доступов к желчному дереву [3, 6, 7].

Целью настоящего исследования является выработка методики местного лечения острого холангита с учетом двухфазности течения воспалительного процесса. Поставлена задача изучить эффективность эндохолангеального медикаментозного воздействия при лечении острого холангита.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование включает результаты лечения 34 пациентов с острым гнойным холангитом, мужчин 9 (26,4%), женщин 25 (73,6%), в возрасте от 43 до 78 лет. При поступлении общее состояние 21 (61,8%) пациента было средней тяжести, 13 (38,2%) - тяжелое. Нарушение проходимости желчных протоков на уровне гепатохоледоха было обусловлено крупными конкрементами не поддающимися эндоскопической холедохолитотракции у 18 (52,9%) пациентов, стриктурами желчных протоков у 8 (24,6%), сочетанием холедохолитиаза со стриктурами у 5 (14,7%), сочетанием холедохолитиаза с парапапиллярным дивертикулом у 3 (8,8%). Диагностическая программа состояла из клинико-лаборного обследования, ультразвукового сканирования, эндофиброскопического исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, эндоскопической ретроградной холангиографии, холедохоманометрии, бактериологического исследования желчи. Лечебная программа включала стандартную инфузионную терапию острого холангита и механической желтухи, неотложную эндоскопическую папиллосфинкте-

ротомиию с последующим назобилиарным дренированием, этапное интрахолангеальное введение лекарственных препаратов.

Папиллосфинктеротомия, промывание желчного дерева и назобилиарное дренирование выполнялось с использованием дуоденофиброскопа JF 20 (Olympus, Japan) со стандартными катетерами, папиллотомами, проводниками, корзинкой Dormia. Для интрахолангеального введения использовали многокомпонентный препарат Левосин растворенный в дистиллированной воде для инъекций в соотношении 1:1 при температуре 38 градусов С. Введение препарата проводилось три раза в день капельно в объеме 60 мл. Лечение продолжалось до прекращения выделения из дренажей с желчью фибриновой взвеси и получения при бактериологическом исследовании микробной обсемененности желчи ниже критического уровня.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного объективного обследования установлено наличие: боли в правом подреберье у 31 (91,2%) пациента, желтухи у 23 (67,6%), гипертермии у 21 (61,8%), ознобов у 19 (55,9%), заторможенности у 13 (38,2%), артериальной гипотензии у 5 (14,7%).

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости установлены признаки желчной гипертензии у всех больных по расширению гепатохоледоха от 11 до 27 мм и внутрипеченочных желчных протоков. Причина нарушения пассажа желчи установлена у 14 (41,2%) больных: холедохолитиаз у 8 (57,4%), увеличение головки поджелудочной железы, как причина сужения холедоха у 4 (28,5%), стриктура гепатохоледоха у 2 (14,1%). Уровень расположения препятствия желчetoку установлен во всех случаях: зона фатерова соска у 23 (67,6%), интрапанкреатический отдел у 7 (20,6%), супрадуоденальный отдел у 4 (11,8%).

При фиброгастродуоденоскопическом исследовании установлено наличие патологических изменений зоны фатерова соска у всех больных, в том числе: гиперпластические изменения с воспалительным компонентом у 31 (91,2%), вклиненный конкремент у 4 (11,8%), парапапиллярный дивертикул у 3 (8,8%), воспалительные изменения фатерова соска на фоне рубцового стеноза его устья у 1 (2,9%). Патологические выделения из устья фатерова соска имели место у 24 (70,6%) больных: выделение желчи со сладжем и фибрином у 15 (62,5%), выделение гноя у 9 (37,5%).

В результате эндоскопической ретроградной холангиографии установлена причина

нарушения пассажа желчи и уровень её расположения во всех случаях: крупные конкременты гепатикохоледоха у 18 (52,9%) пациентов, стриктуры желчных протоков у 8 (24,6%), сочетание холедохолитиаза со стриктурами у 5 (14,7%), сочетание холедохолитиаза с парапапиллярным дивертикулом у 3 (8,8%).

При бактериологическом исследовании желчи получен рост: кишечной палочки в 12 (35,3%) случаях, неспорообразующих анаэробов в 11 (32,4%), протей в 5 (14,7%), клебсиеллы в 5 (14,7%), энтерококка в 3 (8,8%), палочки сине-зеленого гноя в 2 (5,9%), ассоциации микроорганизмов получены в 19 (55,9%).

При холедохоманометрии выявлено наличие желчной гипертензии в пределах от 190 до 310 мм водного столба.

В результате проведенного лечения купированы явления острого обтурационного гнойного холангита у всех больных на протяжении от 4 до 9 суток от начала лечения, что подтверждено исчезновением имеющейся клинической картины острого холангита и положительной динамикой данных лабораторных методов исследования, со снижением уровня бактериальной обсемененности желчи ниже критического значения. Это позволило выполнить радикальные хирургические вмешательства на желчных протоках с наименьшим возможным риском для больного. Летальных исходов не было.

Острый гнойный холангит представляет собой сложный воспалительный процесс, что определяется морфологическими особенностями желчного дерева, а также специфичностью развития в них воспалительных изменений [1, 3, 4, 7]. Принимая во внимание общность течения воспалительного процесса в различных органах и тканях [5], лечебная программа острого холангита строилась нами с учетом фазности его течения. В настоящее время интрахолангеальный метод лечения острого холангита является неотъемлемым элементом лечебной программы [3, 6, 7]. При выборе интрахолангеального метода лечения в первую очередь учитывали в какой фазе находится воспалительный процесс в стенке протока с последующим изменением характера воздействия соответственно темпу течения фаз воспаления.

Исходя из представленной концепции, в гнойно-некротической фазе острого холангита мы проводили интрахолангеальное лечение используя многокомпонентный комбинированный препарат Левосин, отвечающий требованиям, предъявляемым к лекарственным средствам для лечения ран в первой фазе течения раневого процесса и обладающего

гидрофильними і антибактеріальними свойствами.

Препарат легко смішується з водою і содержимим гнійної порости. При температурі перевищуєщої 36<sup>0</sup>С приобретає консистенцію легкотекучей гелеобразної маси, що дозволяє вводити його по тонким дренажам в гнійний очаг. Левоміцетин содержаний в препараті обладає високою антибактеріальною активністю практично проти всіх аэробних возбудителів гнійної хірургічної інфекції. Благодаря гидрофильной основе, Левосин оказує подавляющее действо на рост анаэробов. Результаты экспериментального изучения мази Левосин показали, что препарат оказує на гнійную рану выраженное лечебное действо, что проявляется в ликвидации перифокальной воспалительной реакции и очищении раны от гнійно-некротических масс в течение 2-3 суток от начала лечения [5].

Учитывая значительные изменения стенок желчных протоков и перихолангеальных

пространств, подтверждающиеся гистологическими исследованиями, острый холангит следует рассматривать как обострение длительно существующего хронического воспалительного процесса [4]. При заживлении дефектов слизистой оболочки, особое значение имеют процессы эпителизации, так как восстановление слизистой оболочки обеспечивает дальнейшее полноценное функционирование пораженного участка, предупреждает развитие рубцовой стриктуры, что особенно важно в условиях продолжающегося хронического воспаления. Этот факт определяет необходимость воздействия на слизистую желчных протоков, стимулирующего эпителизацию, после купирования гнійно-некротической фазы течения процесса.

Таким образом, при интрахолангеальном лечении острого гнійно-некротического холангита следует учитывать фазность течения воспалительного процесса в стенке протоков, с целью адекватного применения лекарственных препаратов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арикийнц М.С., Тышко А.Г., Захараш М.П. Анаэробная инфекция в хирургии печени и желчных путей. - К.: Наукова думка, 1991. - 112 с.
2. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Эктон П.В. и др. // Анналы хірургічної гепатології. МАИК. - М.: Наука. - 1998. - Т.3, № 2. - С. 71-78.
3. Гальперин Э.И. // Хірургія. - 1988. № 8. - С. 21-29.
4. Даценко Б.М. Теория и практика местного лечения гнійных ран. - К.: Здоров'я. - 1995. - 384 с.
5. Каргаполов Ю.А., Сысолятин А.А., Кулеша В.Ф. и др. // Хірургія. - 1991. - № 11. - С. 9-13.
6. Ничитайло М.Е., Тудоров И.М., Скумс А.В. и др. // Проблеми клінічної хірургії. Збірник наукових робіт, присвячений 25-річчю Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України.-К.: Клінічна хірургія. - 1997. - С.128-135.
7. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., и др. Хірургія печені и желчевыводящих путей. - К.: Здоровье, 1993. - 508 с.

## ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ З ВИКОРИСТАННЯМ НАЗОБІЛПАРНОГО ДРЕНАЖУ

Захарченко Ю.Б.

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

## РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати лікування 34 хворих на гострий гнійний холангіт, чоловіків 9 (26,4%), жінок 25 (73,6%), у віці від 43 до 87 років. Під час надходження до стаціонару загальний стан пацієнтів був середньої тяжкості - важкий. Порушення прохідності жовчних проток на рівні гепатікохоледоу було зумовлене великими конкрементами, що піддавались ендоскопічній холедохолітотракції у 18 (52,9%) пацієнтів, стриктурами жовчних проток у 8 (24,6%), поєднанням холедохолітазу зі стриктурами у 5 (14,7%), поєднанням холедохолітазу з парапапілярним дивертікулом у 3 (8,8%). Діагностична програма складалась з клінічно-лабораторних досліджень, ультразвукового сканування, ендоскопічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ендоскопічної ретроградної холангіографії та холедохоманометрії, бактеріологічного дослідження жовчі. Лікувальна програма поєднувала в собі стандартну інфузійну терапію гострого гнійного холангіту та

механічної жовтяниці, невідкладну ендоскопічну папілосфінктеротомію з подальшим назобіліарним дрениванням, етапне інтрахолангеальне введення комплексного антибактеріального препарату Левосин. В результаті проведеного лікування зникли клінічні прояви гострого гнійного холангіту у всіх хворих на протязі від 4 до 9 діб від початку лікування, що верифіковано даними лабораторних методів дослідження. Це дало змогу виконати радикальне хірургічне втручання на жовчних протоках з найменшим можливим ризиком для хворого. Летальних випадків не було.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** холангіт, механічна жовтяниця, назобіліарне дренивання.

## **TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS WITH NASOBILIAR DRAINAGE**

Zakharchenko Yu.B.

Kharkov National V.N. Karazin University

---

### **SUMMARY**

The results of treatment the 34 patients with the acute purulent cholangitis was analysed. There were 9 men (26,4%) and 25 women (73,6%) in the age for 43 to 87. On the entrance those patients to the clinic their general condition were heavy, but some of them had middle weight condition. The possibility violation of the gall-ducts on the level of common bile duct were conditioned with: the big stones have 18 patients (52,9%), which defied to endoscopic choledocholithotraction; strictures of the ducts have 8 patients (24,7%); combination of choledocholithiasis with the strictures have 5 patients (14,7%); combination of the choledocholithiasis with parapapillar diverticulum have 3 patients (8,8%). The diagnostic program conclude of the clinical and laboratories methods investigations, ultrasound scanning, end-ofibroscopic investigation the top past of the gastro-intestinal tract, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, cholangiomanometry, bacteriological cheek up of the bile. The treatment program included: the standard infussional therapy of acute cholangitis and the obstructive jaundice; the endoscopic sphincterotomy with following nasobiliar drainage; the landmark endocholangial leading the complex antibacterial medicine Levosin. As the results of the treatment all patients with acute obstructive purulent cholangitis in all cases were mixed in the period of 4-9 days after the treatment starting, with were definite by the clinical flowing and verified by the dates of laboratorical cheek up methods. All of these allowed to fulfil the radical surgical intervention on the common bile duct with the least risk for the patient. There was no lethal outcome.

**KEY WORDS:** cholangitis, obstructive jaundice, nasobiliar drainage